Medical Library

Ein Beitrag

zu den

primären desmoiden Geschwülsten

der breiten Gebärmutterbänder.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät

der Königl. Universität zu Greifswald

am

Donnerstag, den 4. Dezember 1884

Vormittags 11 Uhr

öffentlich vertheidigen wird

Fritz Middelschulte

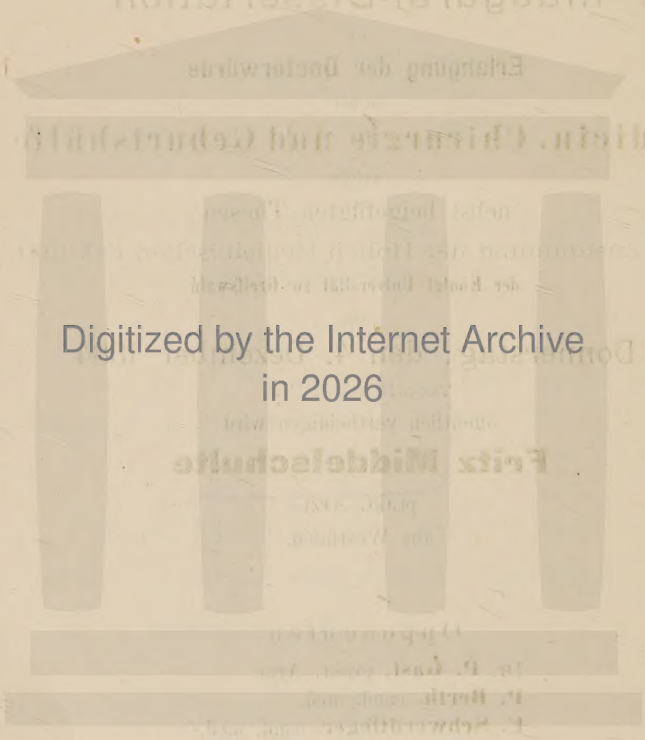
prakt. Arzt

aus Westfalen.

Opponenten:

Dr. **P. Gast**, prakt. Arzt.
P. Berth, cand. med.
F. Schwerdtfeger, cand. med.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1884.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153715_0128

Seinen theuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfas

Während die Cysten der ligamenta lata schon seit einer Reihe von Jahren einen nicht unerheblichen Procentsatz zu den Ovariotomieen stellen, haben die soliden Tumoren der breiten Mutterbänder erst in der neuesten Zeit Beachtung gefunden. Noch gar nicht lange ist es her, dass das Vorkommen von primären soliden Geschwülsten überhaupt geleugnet wurde. Kiwisch stellt das primäre Entstehen grösserer Geschwülste im ligamentum latum in Abrede. Klob ist der Meinung, dass die in den Mutterbändern sich vorfindenden Fibrome vom Uterus aus sich zwischen die Peritonealfalten eingeschoben hätten, gesteht aber merkwürdiger Weise das Vorkommen von kleineren Lipomen ein, ja er selbst fand eins von Nussgrösse am ligamentum rotundum. Die von Scanzoni erwähnten erbsen- bis kirschgrossen fibroiden Knoten an den verschiedenen, die Gebärmutter umgebenden Bauchfellsduplicaturen, welche aus kleinen Blutextravasaten hervorge-

gangen sein sollen, ist Klob geneigt für allerdings hier nicht seltene Phlebolythen zu halten. Virchow hält gleichfalls in den meisten Fällen an dem uterinen Ursprung fest, besonders bei den Myomen. Indessen, sagt er, kommen doch Fälle vor, wo die Geschwülste so weit vom Uterus entfernt sind, dass man sie in keiner Beziehung zu ihm bringen kann. Bandl schliesst sich der Ansichten von Klob und Kiwisch an, offenbar sind ihm grössere Tumoren der ligamenta lata nicht zu Gesicht gekommen. Schröder räumt das Vorkommen von Bindegewebsgeschwülsten weicher Consistenz ein und citirt drei aus der Langenbeck'schen Klinik von Stein beschriebene Fälle. Er selbst hat zweimal derartige Tumoren beobachtet, von denen der eine durch die Incisura ischiatica vorgedrungen war und die Glutaeen mächtig vorbuchtete. Scheteling war der erste, der ein Cystomyoma teleangiectodes cavernosum ligamenti lati beschrieb, welches bei der Section einer an chronischer Peritonitis verstorbenen Person gefunden wurde. Vorher war die Diagnose auf Ovarial-Kystom gsstellt. In der Prager medicinischen Wochenschrift von 1878 berichtet Schmidt über ein Fibrosarcom, welches mit ziemlich dickem

Stiel mit dem rechten ligament. latum zusammenhing. Dieser Fall ist deshalb bemerkenswerth, weil vor der Operation die Diagnose auf eine solide Geschwulst des lig. latum gestellt war. Interessant ist der von Hecker publicirte Fall von einem kindskopfgrossen Fibroid des rechten breiten Mutterbandes, welches bei einer am 9. Tage verstorbenen Wöchnerin gefunden wurde. Da Sänger dieser Fall unbekannt ist, so will ich kurz Einiges darüber mittheilen. Die Trägerin desselben war ein 36jährige Primipara. Auffallend war eine grosse Schlaffheit der Bauchdecken und ein nach vorn überhängender Uterus. Auch die Lage der Frucht war für eine Erstgebärende eine ungewöhnliche, es fand sich nämlich eine unvollkommene Knielage mit vorliegendem linken Knie. Wegen Langsamerwerden des Foetalpulses wurde der linke Fuss heruntergeholt und die Extraction gemacht. Bei dieser Operation hatte Hecker ein deutliches Gefühl von der erwähnten Geschwulst. Die Wöchnerin starb am 9. Tage. Bei der Section fand sich, dass der Tumor vom Uterus durch eine Furche abgegrenzt war, die genauere Untersuchung ergab ein Fibrom des breiten Mutterbandes.

Unstreitig das grösste Verdienst um die Kennt-

niss dieser Tumoren hat sich Sänger durch seine Veröffentlichungen „über die primären desmoiden Geschwülste der Gebärmutterbänder“ vom Jahre 1880 und 1883 erworben. Er hat die in der Litteratur bis dahin bekannten Fälle zusammengestellt, kritisch beleuchtet und besonders in pathologisch-anatomischer Hinsicht ihnen die gebührende Autonomie verschafft. Es ist jedoch auffallend, dass bisher nur Fibrome, Myome und deren Mischformen beobachtet sind. Sänger sagt zwar, es ist kein Grund vorhanden, wesshalb die bisher noch nicht beobachteten Formen von Desmoiden nicht ebenfalls an den Mutterbändern vorkommen sollten. Desshalb glaube ich, wenn ich in Folgendem über ein circa 30 Pfund schweres Lipom ligamenti lati dextri, welches in der hiesigen gynäkologischen Klinik durch die Laparatomie von Herrn Geheimrath Pernice entfernt wurde, Näheres mittheile, einen kleinen Beitrag zu diesen für Laparatomisten praktisch nicht unwichtigen Tumoren zu liefern. Umsomehr wird sich diese Veröffentlichung rechtfertigen, als bis jezt, wie es scheint, ein Lipom des ligamentum latum nicht beobachtet ist. Wenigstens habe ich in der mir zugängigen Litteratur keinen solchen Fall auf-

finden können. Bevor ich jedoch zur Beschreibung dieser interessanten Geschwulst übergehe, will ich kurz eine Zusammenstellung der bisher beobachteten selbständigen Geschwülste der breiten Mutterbänder geben, wobei ich mich der Rubricirung von Sänger eng anschliesse. Hinzugefügt habe ich den von Sänger nicht erwähnten Hecker'schen Fall, sowie unsere eigene Beobachtung. Den Fall von Bardenheuer habe ich zwar aufgezählt, halte es jedoch für sehr zweifelhaft, ob es sich nicht um ein subseröses Uterus Myom gehandelt habe. Aus der Beschreibung von Bardenheuer kann man unmöglich mit Sicherheit auf eine primäre Geschwulst des ligamentum latum schliessen.

Nr	Beobachter und Quelle	Alter und Geburten	Wahrnehmung der Geschwulst seit?	Prägnante Symptome	Fluctuation	Diagnose vor der Operation
1	Schetelig. Archiv f. Gynaekologie, Band I, S. 425.	47 Jahre VI para.	Seit 2 Jahren	Tumor elastisch, beweglich, von kugelförmiger Gestalt, stellenweise unregelmässig. Oberhalb der Symphyse tympanitischer Schall bis auf 6 cm Länge, dann Dämpfung bis 8 cm oberhalb des Nabels.	Undeutlich.	Ovariencyste.
2	Schmidt. Prager medic. Wochenschr., 1878, No 35.	35 Jahre I para.	$1^1/_4$ Jahr post partum	Rasches Wachsthum des Tumors. Descensus uteri Prolaps der vorderen Scheidenwand.	Nicht vorhanden.	Solider Tumor lig. lat. dextri. Bei innerer Untersuchung beide Ovarien fühlbar.
3	Miculicz. Wiener medic Wochenschr., 1879, No. 21. von Billroth operirt.	22 Jahre Nulli-para, nie menstruirt.	Circa 6 Jahren	Periodische Unterleibsschmerzen. Seit 2—3 Jahr. Ascites. Seit einem Jahr Nebelhernie. Beweglicher höckriger Tumor von Mannskopfgrösse.	Nicht vorhanden.	Unbestimmt.
4	Gayet. Lyon. médical 1874.	42 Jahre Multi-para.	Seit 7 Jahren	Von Seiten des Abdomens alle Zeichen einer einfachen Ovariencyste. Uterus nach oben und rechts gezogen.	Sehr deutlich ausgesprochene Fluctuation.	Ovarialcyste mit kurzem Stiel.

Befund bei der Operation			Anatomische Diagnose, Grösse der Geschwulst	Ausgang	Bemerkungen
Stiel	Uterus	Ovarien			
			Cystoma teleangiectodes cavernosum lig. lat. dextr.	Keine Operation. Starb an einer chron. Peritonitis von 2 Monaten Dauer, ausgegangen von circumscripter eitriger Peritonitis zweier mit dem Tumor verwachsenen Dünndarmsschlingen.	Hypertrophischer sonst normaler Uterus, ohne Verbindung mit dem Tumor. Linkes u. rechtes Ovarium normal. Länge der rechten Tube 21 cm, durchgängig.
Lang, ziemlich dick, zusammenhängend mit dem lig. lat. dextr.	Normal	Normal	Fibrosarcoma ligamenti lati dextri von 8 kg. Gewicht.	Stielversenkung, Verlauf fieberlos; Heilung per primam.	
Dünnere Stiel	Frei infantil.	Rechtes Ovarium nekrot., mit dem Stiel verbunden	Fibromyoma lig. lat. dextri Gewicht 5 kg.	Stielversenkung. Intra-abdominelle Nachblutung. Bauchabscess. Heilung.	An der Ovarialseite des Tumors befindet sich eine wallnussgrosse Dermoidcyste mit kurzen Haaren, ausgehend vom Parovarium.
Fehlt	Normal	Normal	Cystomyoma lig. lat. sinistri	Versuchte Ausschälung. Einnähen der Cystenreste in die Bauchwunde. Verjauchung des Beckenzellengewebes. Tod am 4. Tage.	

No.	Beobachter und Quelle	Alter und Geburten	Wahrnehmung der Geschwulst seit?	Prägnante Symptome	Fluctuation	Diagnose vor der Operation
5	Sänger. Archiv f. Gynaekologie, B. XVI, S. 270.	19 Jahre I para.	Seit 10 Monaten	Ausbleiben d. Regel seit 7 Monaten. Patientin hält sich für schwanger. Prolapsus uteri et vaginae.	Deutlich vorhanden und sehr ausgesprochen.	Linksseitige Ovarialcyste.
6	Bardenheuer. Drainirung d. Peritonealhöhle.			„Das ganze Becken war mit dem Tumor ausgefüllt“.		
7	Péan. bei Hegar u. Kaltenbach.					
8	Buschmann. Wiener medic. Wochenschr., 1880. von Billroth operirt.	28 Jahre IV para.	Seit 3 Jahren	Tumor derb elastisch, die Dämpfung geht in Leber- und Milzdämpfung über.		
9	Rydygier. Deutsch. Zeitschrift f. Chir. XV. Band	Multipara.			Pseudofluctuation.	Fester Uterustumor mit Stiel.

Befund bei der Operation			Anatomische Diagnose, Grösse der Geschwulst	Ausgang	Bemerkungen
Stiel	Uterus	Ovarien			
Kurz und schmal. Kein uterogligamentärer Strang	Normal	Linkes Ovarium mit Follikelcysten besetzt frei auf dem lig. latum Rechtes normal	Fibromyoma hydropicum lig. lat. simistri Gew. 8510 gr.	Heilung verzögert durch Stielexsudat u. Zellgewebsentzündung, ausgegangen von einer Stelle, wo das Peritoneum des Douglas verletzt war.	
Fehlt			Intraligamentäres Myom.	Einreissen der vorderen Rectalwand. Darmnaht. Starke Blutung bei Anlegung des Drains. Tod 4 Stunden nach der Operation an Blutung.	
Kurzer Stiel	wie ein Ovarialstiel behandelt		Medullarsarcom lig. lat. dextri.	Tod am 2. Tage an Peritonitis.	
Fehlt	Ohne Zusammenhang mit dem Tumor		Betroperitoneales Fibromyom mit der im Becken liegenden Niere verwachsen. Tumor sitzt ungestielt im lig. latum. Gewicht 18kg.	Tod am 5. Tage an Peritonitis.	Tumor stark vascularisirt, ist mit dünnem Peritoneum überzogen.
Fehlt	Auf demselben befinden sich 2 subperitoneale Geschwülst. von Apfelgrösse	Frei	Fibromyoma lig. lat. dextri. Gewebe stellenweise colloid entartet.	Heilung.	

No.	Beobachter und Quelle	Alter und Geburten	Wahrnehmung der Geschwulst seit?	Prägnante Symptome	Fluctuation.	Diagnose vor der Operation
10	Chémieux. (nach Sänger).	32 Jahre Nullipara.		Tumor stetig, aber ohne Schmerzen gewachsen, scheint vom Uterus auszugehen, dessen Bewegungen er mitmachte. Im Laufe eines halben Jahres bedeutendes Wachsthum.		Fester, gestielter Uterustumor.
11	Schröder. Berliner klin. Wochenschr., 1881. VIII.					
12	Hecker. Klinik der Geburtskunde II. S. 129.	36 Jahre I para.	Wurde während der Geburt constatirt.	Starker Hängebauch.		
13	Eigene Beobachtung.	64 Jahre 7. para.	1878.	Schnelles Wachsthum d. Geschwulst, welche vor 2 Jahren erst von Mannskopfgrösse war. Im oberen Theile Härten. Alle Zeichen eines Ovarial-Kystoms.	Zwischen Nabel u. Symphyse sehr deutlich.	Kystoma ovarii dextri.

Befund bei der Operation			Anatomische Diagnose, Grösse der Geschwulst	Ausgang	Bemerkungen
Stiel	Uterus	Ovarien			
Vorhanden	frei	Frei	Cystosarcoma lig. lat. sinistri Gewicht 6 kg.	Tod am 13. Tage an Peritonitis, die wahrscheinlich ausgegangen war von einem Eiterheerde in der Nähe des Stiels.	Tumor sass an einem Stiel, der im linken lig. lat. sein Ende fand und bot eine zitternde weiche Masse dar mit cystösen Räumen im Innern.
			Fibromyomatöser Tumor.		Demonstration des Tumors in der Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie zu Berlin 1880. Gefunden bei der Entfernung eines rechtsseitigen Ovarialkystoms u. Enucleation des Tumors aus dem lig. lat. sinistr.
Fehlt	Durch eine Furche von dem Tumor getrennt	Beide Ovarien frei	Fibromyoma lig. lat. dext.	Tod am 9. Tage post partum.	Während der Extraction des Kindes hatte man ein deutliches Gefühl von der Geschwulst.
Fehlt	Frei	Linkes normal, rechtes nicht zu finden	Lipoma lig. lat. dextr. Gew. über 15 kg.	Heilung verzögert durch Blasencatarrh und Abscess am rechten Knie u. im oberen Wundwinkel.	

Ohne auf die nähere Beschreibung der hier erwähnten Fälle einzugehen, was zum Theil von Sänger in mustergültiger Weise geschehen ist, wende ich mich zu unserem Falle. Da derselbe sowohl klinisch wie anatomisch manches Interesse darbietet, so wurde mir durch die Güte des Herrn Geheimrath Pernice die Veröffentlichung desselben übertragen und erfülle ich die angenehme Pflicht, hier an öffentlicher Stelle meinem hochverehrten Lehrer und Chef dafür, sowie für den bei der Ausführung dieser Arbeit ertheilten Rath, den herzlichsten Dank auszusprechen.

Anamnese.

Frau H., 64 Jahre alt, Lehrerfrau von der Insel Rügen, ist in ihrer Jugend immer gesund gewesen. Die Menstruation trat zuerst im 14ten Jahre auf und war immer regelmässig. Geboren hat sie sieben reife und drei unreife Kinder. Im Anfang der 50ger. Jahre cessirten die Menses. 1878 bemerkte sie zuerst, dass ihr Leibesumfang zunahm. 1882 kam sie zum ersten Mal in die hiesige Frauenklinik. Es wurde damals ein Tumor von über Mannskopfgrösse rechts vom Uterus, „augenscheinlich nicht mit ihm zusammenhängend“

constatirt und für eine Ovarialcyste gehalten. Da Patientin von einer eventuellen Operation hörte, verliess sie heimlich aus Furcht vor derselben die Klinik. In den letzten Jahren ist die Geschwulst ganz ausserordentlich gewachsen, zugleich haben sich auch ihre Beschwerden, besonders Luftmangel, Appetitlosigkeit und angehaltener Stuhl in hohem Maasse gesteigert. Ausserdem ist seit 8 Wochen Oedem beider Beine, besonders stark am rechten Bein, hinzugetreten. Auf den Rath eines Arztes, der ein Ovarialkystom diagnosticirte, liess sie sich am 15. September d. Js. zum zweiten Mal in die hiesige gynäkologische Klinik aufnehmen.

Status praesens.

Patientin, von schwächlichem, gracilem Körperbau, ist auf's Aeusserste abgemagert und heruntergekommen, vermag auch ohne Hülfe allein nicht mehr zu gehen. Circulations- und Respirationsorgane normal, Abdomen von aussergewöhnlicher Ausdehnung. Auffallend ist eine starke Entwickelung von Venen an den unteren Extremitäten und am Bauch. Der Umfang des Leibes beträgt in Nabelhöhe 108, in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse 117 cm, der Abstand des Nabels vom

proc. xiphoid 47, zwischen Symphyse und proc. xiphoid 98 cm. Abstand des Nabels von der Spina anterior links $27^1/_2$, rechts 29 cm. Pigment und Striae fehlen. Leichter Nabelbruch. Die Geschwulst fühlt sich gleichmässig, ohne Härten, an, mit Ausnahme des oberen Theiles, woselbst härtere Partien palpirt werden. Fluctuation im unteren Theile sehr ausgesprochen. Die Percussion ergiebt folgendes Resultat: Drei Finger breit unter dem proc. xiphoid beginnt die Dämpfung, welche sich über das ganze Abdomen erstreckt und welche auch in die Leberdämpfung übergeht. Nur rechts in der verlängerten Axillarlinie schwach tympanitischer Schall, ebenso links. Bei der Untersuchung per vaginam zeigt sich die Scheide senil zurückgebildet, Vaginalportion steht nach hinten und links, Uterus ebenfalls nach links verdrängt, jedoch deutlich fühlbar. Durch das rechte Scheidengewölbe kann man den Tumor deutlich palpiren, er fühlt sich elastisch an, erstreckt sich scheinbar bis in das cavum Douglasii. Vergegenwärtigte man sich sämmtliche Symptome, so schien die Diagnose „Kystom des rechten Eierstockes" unzweifelhaft. Es wurde daher Patientin die Operation vorgeschlagen, auf welche sie jetzt

ohne Widerstreben eingeht und welche, nachdem sie vorher gebadet, am 17. September ausgeführt wird.

Strengste Antisepsis, Spray vor und während der Operation. Nachdem der Bauch in der linea alba vom Nabel bis zur Symphyse eröffnet, präsentirt sich der mit glattem bläulichen Ueberzug versehene Tumor in der Schnittwunde. Behufs Verkleinerung desselben wird der grosse Spencer-Wells'sche Troikart eingestossen, jedoch entleert sich nicht ein Tropfen Flüssigkeit, vielmehr erscheint hinter dem glatten Ueberzug massiges Fettgewebe. Darauf wurde behufs Orientirung über den Ausgangspunkt und eventuelle Verwachsungen der Geschwulst mit der ganzen Hand eingegangen. Dadurch wird festgestellt, dass der Uterus etwas verlängert und ganz nach links verdrängt ist und dass der Tumor mit breiter Basis vom Beckeneingang entspringt. Um nun die Geschwulst hervorziehen zu können, wird der Bauchschnitt bis in die Mitte zwischen Nabel und Herzgrube erweitert, der Tumor von oben umfasst und so aus der Bauchwunde herausgewälzt. In der rechten Seite am hintern Umfange der Geschwulst war das Cöcum, der processus vermiformis und

der untere Theil des Colon ascendens durch das Wachsthum der subserösen Geschwulst in die Höhe gedrängt und hing auf eine Strecke fest mit dem Tumor zusammen. Zwei feste Adhäsionen mit dem Colon wurden stumpf abgelöst, eine spritzende Arterie sowie mehrere kleine Gefässe wurden dabei unterbunden. Um nun den Tumor vollends entfernen zu können, wurde ein Schnitt in horizontaler Richtung von hinten anfangend um $^2/_3$ des Umfangs der Geschwulst geführt. Der Tumor konnte nun mit grosser Leichtigkeit vom Darm und aus seinem Bette innerhalb des breiten Mutterbandes ausgeschält werden und hing zuletzt nur noch durch Tuba, lig. ovar. und die Reste des seroesen Ueberzugs mit dem Uterus zusammen. Durch 2 Massenligaturen wurde dieser Stiel gesichert und nach Unterbindung durchschnitten. Die Blutung war eine sehr geringe, nur ein grösseres Gefäss spritzte. Gleich nach Entfernung des Tumors retrahirten sich die Peritonealränder stark nach unten, so dass sie nur wenig prominirten. Die Mundfläche verkleinerte sich dadurch so bedeutend, dass ein Vernähen derselben unnöthig erschien. Nachdem eine sorgfältige Toilette der Bauchhöhle vorgenommen,

wurde die Wunde mit Jodoformpulver bestreut, die Bauchhöhle mit 15 Nähten geschlossen und die Bauchwunde mit aseptischem Compressivverband bedeckt. Die ganze Operation dauerte nicht ganz $^3/_4$ Stunde.

Beschreibung der Geschwulst.

Das Gesammtgewicht des exstirpirten Tumors beträgt ungefähr 30 Pfund, der Umfang in der Breite 88 cm, in der Länge 90 cm. Der bläuliche, circa $^1/_2$ mm dicke seröse Ueberzug umgiebt die ganze Oberfläche der Fettmasse, nur an dem unterhalb des Schnittes liegenden Theile ist die Geschwulst frei vom Peritoneum, ebenso auf der rechten Seite ungefähr auf 15 cm Länge. Auf dem Querschnitt erscheint der untere Theil von gelblicher, der obere Theil von grau-weisser Färbung, die Consistenz ist prall elastisch. Auf der vorderen Fläche zieht sich ein etwa $^1/_4$ cm breiter, etwas verdickter Strang hin, der genau von unten links nach oben rechts verläuft und eine Länge von 18 cm hat. Dies ist die in die Länge gezogene rechte Tube, die Fimbrien, sowie das ostium abdominale sind deutlich erkennbar, sie selbst kann

man 10 cm lang mit einer Schweinsborste leicht sondiren. Eine Mesosalpinx existirt nicht, vielmehr liegt die Tube vollständig im serösen Ueberzug der Geschwulst. Links unten ist sie abgeschnitten und mit blossem Auge kann man deutlich ihr Lumen erkennen. Unmittelbar an der Tube verläuft ein glatter Strang, das ligament. ovarii. Das rechte Ovarium ist nicht aufzufinden. Etwas unterhalb der Tube lässt sich ein rundliches Band etwa 18 cm lang verfolgen, dasselbe verläuft ziemlich quer über den Tumor und verliert sich bald auf demselben. Dieser Strang enthält mikroskopisch betrachtet zahlreiche Muskelfasern, ist also unzweifelhaft das ligamentum rotundum. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Geschwulstmasse zeigen sich nur massenhafte Fettzellen durch spärliches Bindegewebe getrennt. Im oberen Theile des Tumors, der dementsprechend auch von härterer Consistenz ist, wird das Bindegewebe zahlreicher. Was nun den Wundverlauf betrifft, so erfolgte die Genesung der Patientin nach mehreren störenden Zwischenfällen sehr allmählich. Am 3. und 4. Tage trat eine leichte Temperaturerhöhung ein, jedoch stieg sie nie über 39°, der Puls schwankte zwischen 78 und 100. Da das

Urinlassen in der ersten Zeit nicht spontan erfolgte, so musste Patientin häufig catheterisirt werden, wodurch, trotz aseptischer Vorsichtsmaassregeln, eine Cystitis zu Stande kam. Gegen dieselbe wurde mit Erfolg Ausspülungen der Blase mit 3 % Salycilsäure und mit Kalihypermanganicum-Lösung angewandt. Am 10. Tage wurde der erste Verbandwechsel vorgenommen und sämmtliche Nähte aus der Bauchwunde entfernt. Es zeigte sich, dass sie per primam vollständig verheilt war, wesshalb nur ein loser Heftpflasterverband aufgelegt wurde. Am Ende der zweiten Woche trat an dem rechten, noch immer ödematösen Bein, oberhalb des Kniegelenkes eine Schwellung ein, welche alsbald zur Eiterung führte. Der Abscess wurde in der Narkose eröffnet und drainirt, die Heilung erfolgte in 10 Tagen. In dem oberen Theil der Bauchwunde trat gleichfalls nach Entfernung des zweiten Verbandes eine Abscedirung ein, hier nahm die Heilung längere Zeit in Anspruch. Ein am Kreuzbein sitzendes, Zweimarkstück grosses Decubitusgeschwür schloss sich bald auf Verband mit Borlint.

Mitte October verliess sie zum ersten Mal das Bett. Zur Verhütung eines Bauchbruches trägt

sie eine Bauchbinde mit Schenkelriemen, wie sie für jede in hiesiger Klinik Ovariotomirte angefertigt wird. Patientin ist soweit wieder hergestellt, dass sie bereits Ende October in ihre Heimath zurückkehren konnte.

Werfen wir einen kurzen Rückblick auf die Krankengeschichte, so liefert dieser Fall wiederum den Beweis, dass es in einzelnen Fällen absolut unmöglich ist, Ovariencysten von benachbarten Tumoren zu unterscheiden. Hier sprach Alles für ein Kystom des Ovariums, das rasche Wachsthum, die unterhalb des Nabels überall deutlich vorhandene Fluctuation und die härteren Partieen im oberen Theile der Geschwulst. Gerade das sehr characteristische Fluctuationsgefühl liess eine cystische Geschwulst vermuthen und den Gedanken an einen soliden Tumor gar nicht aufkommen. Dass übrigens die Fluctation bei lipamatösen Geschwülsten leicht zur Annahme einer Cyste führen kann, lehrt uns ein interessanter Fall aus der chirurgischen Klinik zu Rostock*). Es handelte sich um einen angeborenen, kindskopfgrossen, kugeligen Tumor, der sich an der linken Hüft-

*) Dannien: Langenbecks Archiv Bd. XXII. Heft 4.

gegend unterhalb des trochanter major bis zum ligament. Poupart. und crista ilei erstreckte. Die Geschwulst zeigte überall Fluctuation, so dass ein cystischer Tumor vermuthet wurde. Trendelenburg machte daher 3mal die Probepunction, jedoch mit negativem Erfolg und bei der Incision erst zeigte sich, dass man es mit einem Lipom zu thun hatte. Entschieden gegen einen soliden Tumor sprach das äusserst rapide Wachsthum der Geschwulst. Vor 2 Jahren kaum von der Grösse eines Mannskopfes, hatte es sich in diesem Zeitraum zu collossalen Dimensionen entwickelt, so dass wir nach der Exstirpation vermutheten, es sei eine maligne Entartung eingetreten, was bei Lipomen bekanntlich nicht selten vorkommt. Allein weder unsere, noch die im hiesigen pathologischen Institut von Herrn Dr. Gravitz vorgenommene genauere Untersuchung konnte diesen Verdacht bestätigen, von angeschwollenen Lymphdrüsen war auch nichts zu bemerken.

Was nun die Operation anbelangt, so lag hier offenbar eine indicatio vitalis vor. Denn es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass Patientin bei diesem schnellen Wachsthum des Tumors und bei der grossen Abmagerung des ganzen Körpers bin-

nen Kurzem ihrem Leiden erlegen wäre. Man hätte nun, nachdem man den grössten Theil der Geschwulst aus der Bauchwunde gewälzt hatte, den unteren Theil derselben zurücklassen und mit peritonealem Ueberzug versehen können. Dabei war aber eine Vereiterung des zurückgelassenen Stückes zu befürchten, wie es Gayet, der nach dieser Methode operirte, thatsächlich passirte. Oder man konnte den Tumor total aus seiner Kapsel ausschälen und dann den Defect ebenfalls mit Peritoneum bedecken, wie es Sänger in seinem ersten Fall beabsichtigte, aber wegen zu starker Spannung der Wundränder, hinter denen sich eine Art Tasche bildete, unterliess. Drittens lag die Möglichkeit vor, den Tumor aus dem überkleidenden Ueberzug zu entfernen, ohne die Wunde nachher vom Peritonealsack abzuschliessen. Dass das letztere Verfahren durchaus gerechtfertigt war, zeigte der Erfolg.

Es könnte Manchem auffallend, vielleicht fehlerhaft erscheinen, dass in unserem Falle, wo doch eine relativ grosse, secernirende Wundfläche geschaffen war, nicht drainirt wurde, um so dem Wundsekret Abfluss nach aussen zu verschaffen. Bardenheuer, der sehr für die Drainage des Pe-

ritoneums enthusiasmirt ist, sagt darüber: „Nach meiner Ueberzeugung ist es des Chirurgen erste Pflicht, für einen guten Abfluss des Blutes resp. des blutigen Wundsecretes zu sorgen, weil gerade durch die blutige Beschaffenheit und besonders unter Hinzutritt irgend eines Infectionsstoffes ein äusserst gefährlicher Zustand für den Organismus entsteht. Ich gehe noch einen Schritt weiter und halte selbst die Anwesenheit des Wund- und des Peritonealsecrets schon für genügend, unter Zutritt von Infectionsstoffen den Organismus zu inficiren und halte daher auch bei jeder Operation, auch dann, wenn keine Blutung zu befürchten ist, die Ableitung des Wund- und Peritonealsecretes für geboten". — Wenn man auch nicht für alle Fälle die Drainage des Peritoneums verwerfen wird, so ist doch so viel sicher, dass in einigen Fällen Sepsis eingetreten ist, nicht trotzdem, sondern weil drainirt wurde. Man verschafft doch nur da dem Wundsecrete Abfluss, wo das Drainrohr der Wundfläche unmittelbar anliegt. Ist die Wunde der Fläche nach ausgedehnt, wie in unserem Falle, so wird das Secret, welches der dem Drainrohr ferner liegenden Fläche angehört nur zum kleinen Theil, auf keinen Fall vollständig entfernt. Dagegen hat die Drainirung einen grossen Nachtheil,

nämlich die Möglichkeit oder die Wahrscheinlichkeit des Luftzutrittes zur Wundfläche, welches man trotz der peinlichsten Vorsichtsmaassregeln nicht immer verhindern kann. Ausserdem wirkt das Drainrohr noch als Fremdkörper, welches durch den Reiz, den es auf das Peritoneum übt, die Entzündung und Zersetzung befördern kann. Auch kann bei einer nachträglichen Ausspülung, welche das Wundsecret abführen soll, die Injectionsflüssigkeit nicht ordentlich abfliessen und das Secret wird statt dessen durch die ganze Peritonealhöhle verbreitet. Ist während der Operation keine Infection erfolgt, so wird die secernirte Flüssigkeit in den meisten Fällen ohne Nachtheile vom Peritoneum resorbirt. So konnten wir auch die Temperatursteigerung am 3. und 4. Tage als von der Resorption des Wundsecretes herrührend, nur erklären. Ich wiederhole also zum Schluss: Kann man die peritoneale Wunde nicht in genügender Weise drainiren, so ist es besser, dasselbe zu unterlassen, da eine unvollkommene Drainage keine Garantie für ordentlichen Secretabfluss bietet. Kann man dagegen hoffen, bei Vermeidung der Nachtheile und Gefahren, sämmtliches Secret wegzuspülen, so wird vernünftigerweise nichts dagegen eingewendet werden können.

Lebenslauf.

Fritz Middelschulte, geboren am 10. September 1858 zu Werve, Kreis Hamm in Westfalen, Sohn des Landwirthes Heinrich Middelschulte und dessen Ehefrau Wilhelmine, geborene Köhling, besuchte die Gymnasien zu Gütersloh und Soest in Westfalen. An letzterer Anstalt erwarb er sich Ostern 1879 das Zeugniss der Reife und bezog, um Medizin zu studiren, die Universität Tübingen und Michaelis 1879 die Universität Greifswald. Nach bestandenem Tentamen physikum und nach Absolvirung seiner Dienstpflicht mit der Waffe als Einjährig-Freiwilliger im Pommerschen Jäger-Bataillon No. 2, bekleidete er von Ostern 1883 bis Michaelis 1883 die Unterarztstelle in der geburtshülflichen Klinik. Ende Mai 1884 beendete er das medizinische Staats-Examen und fungirt seitdem als Assistenz-Arzt an derselben Klinik. Am 8. Juli d. J. machte er das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kurse und Kliniken folgender Herren Professoren und Docenten:

In Tübingen:

Henke. von Reusch. Pfeffer. Eimer.

In Greifswald:

Arndt. Beumer. A. Budge. J. Budge. Eulenburg. von Feilitsch. Gerstaecker. Grohé. Hueter. Krabler. Landois. Limpricht. Loebker. Mosler. Pernice. von Preuschen. Range. Schirmer. Schulz. Sommer. Vogt.

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern spricht der Verfasser an dieser Stelle seinen herzlichsten Dank aus. Zu besonderem Danke verpflichtet fühlt er sich Herrn Geheimrath Professor Dr. Pernice, an dessen Klinik er ein halbes Jahr als Unterarzt und seit dem 1. Juni dieses Jahres als Assistenz-Arzt zu fungiren das Glück hatte.

Thesen.

I.

Bei Placenta previa centralis ist sobald wie möglich die centrale Durchbohrung des Mutterkuchens und die combinirte Wendung auf einen Fuss allen anderen Methoden vorzuziehen.

II.

Die Hasenscharten-Operation ist am besten unmittelbar nach der Geburt vorzunehmen.

III.

Bei der Behandlung der Syphilis sind Sublimatinjektionen der Inunctionskur vorzuziehen.